



Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**“ MATERNITA’, DEPRESSIONE POST PARTUM E LUTTO
PERINATALE: IL RUOLO DELL’ INFERMIERE NELLA
RELAZIONE CON LA DONNA”**

Revisione Bibliografica.

Relatrice Prof. ssa Lazzaretto Miriam

Correlatrice: Ramina Piera

Laureanda: Zoia Giulia

Matricola: 1046677

Anno Accademico 2014-2015



SISTEMA
BIBLIOTECARIO
DI ATENEIO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Deposito di copia della tesi per i servizi del Sistema Bibliotecario di Ateneo

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ tel. _____
e-mail _____ matricola _____
laureato/a presso la Scuola di Medicina e chirurgia, Corso di laurea in Infermieristica,
autorizza la segreteria a consegnare presso la biblioteca medica
"Vincenzo Pinali" copia elettronica della propria tesi in formato PDF.

Tipologia della tesi consegnata

☐ Laurea Triennale

Anno Accademico _____ Data della tesi _____

Titolo della tesi _____

Parole chiave _____

Abstract _____ inserito nel file _____

Tesi: ☐ sperimentale ☐ compilativa ☐ ricerca epidemiologica

Relatore _____ Correlatore _____

Padova, li _____

Firma dell'autore

Liberatoria per la fruizione della tesi per i servizi di biblioteca

Il/la sottoscritto/a _____

autorizza il deposito in accesso aperto (messa in rete del testo completo) della propria tesi di laurea in Padua@thesis, l'archivio istituzionale per le tesi e autorizza inoltre le attività utili alla conservazione nel tempo dei contenuti¹

Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000:

- la completa corrispondenza tra il materiale depositato in Padua@thesis e l'originale cartaceo discusso in sede di laurea;
- che il contenuto della tesi non infrange in alcun modo i diritti di proprietà intellettuale (diritto d'autore e/o editoriali) ai sensi della Legge 633 del 1941 e successive modificazioni e integrazioni;

Per il deposito in accesso aperto, dichiara altresì:

- che la tesi non è il risultato di attività rientranti nella normativa sulla proprietà intellettuale industriale e che non è oggetto di eventuali registrazioni di tipo brevettuale;
- che la tesi non è stata prodotta nell'ambito di progetti finanziati da soggetti pubblici o privati che hanno posto a priori particolari vincoli alla divulgazione dei risultati per motivi di segretezza.

Data _____

Firma _____

AVVERTENZA: l'autore che autorizza il deposito del testo completo della propria tesi nell'archivio istituzionale Padua@thesis mantiene su di essa tutti i diritti d'autore, morali ed economici, ai sensi della normativa vigente (legge 633/1941 e successive modificazioni e integrazioni).

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1- DEPRESSIONE POST PARTUM E LUTTO PERINATALE

1.1	Definizione della patologia.....	pag 1
1.2	Sintomi della depressione post partum.....	pag 2
1.3	Fattori di rischio ed eziologia del disturbo.....	pag 3
	1.3.1 Fattori di rischio da forti a moderati.....	pag.4
	1.3.2 Fattori di rischio moderati.....	pag. 6
	1.3.3 Fattori di rischio bassi.....	pag 6
1.4	Criteri diagnostici per individuare la depressione post partum.....	pag 7
	1.4.1 DSM- 5 (<i>Manuale Diagnostico dei disturbi mentali</i>).....	pag 7
1.5	Classificazione dei disturbi psichiatrici nel post partum.....	pag 8
1.6	Conseguenze della depressione post partum.....	pag 10
	1.6.1 Effetti sulla donna.....	pag 9
	1.6.2 Effetti sul bambino.....	pag 10
	1.6.3 Effetti sul sistema familiare.....	pag 10
1.7	Screening per la valutazione del rischio di depressione perinatale.....	pag 11
	1.7.1 Domande di riconoscimento.....	pag 11
	1.7.2 <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i>	pag 12
1.8	Trattamenti nella depressione post partum.....	pag 13
	1.8.1 Trattamenti farmacologici.....	pag 13
	1.8.2 Trattamenti non farmacologici.....	pag 14
1.9	Depressione post partum correlata al lutto perinatale.....	pag.15

CAPITOLO 2- ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AMBITO DI DIAGNOSI E CURA

2.1	Il ruolo dell'infermiere nella cura.....	pag 17
2.2	Il ruolo dell'infermiere nel percepire e cogliere i sintomi della depressione post partum.....	pag 17
2.3	Il ruolo dell'infermiere nella gestione della terapia farmacologica e non farmacologica.....	pag. 19
2.4	Il ruolo dell'infermiere nella relazione.....	pag 20

CAPITOLO 3- MATERIALI E METODI

3.1.	Obiettivo di ricerca.....	pag 21
3.2.	Quesito di ricerca.....	pag 21
3.3.	Parole chiavi.....	pag 21
3.4.	Fonti di ricerca.....	pag 21
3.5.	Criteri di selezione degli studi.....	pag 22
3.6.	Flow Chart del percorso di revisione della letteratura.....	pag 22

CAPITOLO 4- DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1.	Discussione: un'esperienza speciale.....	pag 23
4.2.	Conclusioni.....	pag 25

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

Background:

La presente ricerca ha come oggetto di studio la depressione post partum. Considerata uno dei maggiori problemi di salute pubblica, la depressione è due volte più comune nelle donne rispetto agli uomini, particolarmente durante gli anni dell'allevamento di un figlio.

Riveste grande importanza impiegare energie nello studio degli aspetti concernenti la fase materno infantile, per conoscere le modalità favorevoli al benessere psicologico della madre durante la gravidanza e in particolar modo nel post partum.

Sono numerosi gli studi che si sono concentrati sulle conseguenze di questo problema, non solo rispetto alla qualità della vita della donna, ma soprattutto per l'importante impatto sull'andamento dell'interazione madre-bambino ed in seguito sullo sviluppo del piccolo.

Materiali e metodi:

La revisione è stata condotta consultando libri di testo, riviste infermieristiche, linee guida, la banca dati PUB MED e i siti web di interesse infermieristico; il limite temporale considera gli articoli dal 2001 ad oggi.

Risultati:

Attraverso la revisione della letteratura si è potuto constatare come la patologia depressiva determini serie conseguenze sul benessere della donna e sulla qualità della relazione madre-bambino. In questo contesto la figura dell'infermiere riveste un ruolo centrale sia nell'assistenza diretta alla paziente che nel coinvolgimento della stessa nella relazione terapeutica.

Conclusioni:

Nonostante la riconosciuta importanza del ruolo infermieristico nella gestione e valutazione della patologia depressiva, l'intervento dell'infermiere è ritenuto ancora marginale rispetto alle figure sanitarie non mediche specifiche per l'area materno infantile. Inoltre, data l'importanza che riveste la relazione d'aiuto, è auspicabile una maggiore sensibilizzazione della problematica di tutto il personale sanitario ed una continua formazione e aggiornamento in tale ambito.

INTRODUZIONE

L'obiettivo dell'elaborato di tesi che presento, è quello di affrontare un problema di salute poco esplorato nelle dinamiche assistenziali infermieristiche, in quanto spesso associato esclusivamente ai processi assistenziali di professionisti sanitari non medici dedicati per concetto all'ambito materno infantile, in primis la figura dell'ostetrica.

La motivazione della mia scelta è legata all'interesse che ho maturato durante le mie esperienze di tirocinio al Centro Salute Mentale del P.O. di Schio A.U.L.S.S. n. 4, dove ho avuto la possibilità di entrare in contatto direttamente con pazienti affette dal disturbo depressivo, stimolando in me l'interesse di approfondire questa tematica espressamente verso una tipologia di paziente, ovvero la donna nell'epoca perinatale e il ruolo della figura professionale infermieristica nel processo assistenziale.

Ho deciso quindi di addentrarmi nell'argomento attraverso la revisione bibliografica internazionale, mirando la mia ricerca all'ambito assistenziale infermieristico ed al ruolo delle diverse figure che collaborano tra di loro.

Si è evidenziato da subito che viene data scarsa rilevanza al ruolo infermieristico prediligendo altre figure professionali, pur senza considerare il coinvolgimento dell'infermiere nelle diverse realtà assistenziali dell'ambito materno infantile, in cui il rapporto madre-infermiere è quotidiano.

Ho affinato la mia ricerca attraverso un'esperienza presso il Dipartimento Materno Infantile del P.O. di Cittadella A.U.L.S.S. N. 15, dove ho approfondito le dinamiche legate alla depressione post partum nel contesto dell'U.O. Ostetricia Ginecologia Sala Parto e U.O. Pediatria Patologia Neonatale Nido e nella partecipazione ad incontri di Associazioni ONLUS dedicate alle madri colpite dalla depressione e dal lutto perinatale.

CAPITOLO 1- DEPRESSIONE POST PARTUM E LUTTO PERINATALE

1.1 Depressione post partum: definizione della patologia

La depressione post partum viene indicata come un problema di sanità pubblica, a causa della sua alta incidenza e delle conseguenze sul benessere della donna e sulla qualità della relazione madre-bambino (*F.Aceti, F.Aveni, V.Baglioni et al., 2012*).

La depressione è una malattia molto comune nelle donne in età fertile e rappresenta una delle principali complicanze durante la gravidanza e il maggiore fattore di rischio per la depressione post partum.

La depressione post partum è una vera e propria condizione patologica che, secondo la letteratura, colpisce nei paesi occidentali il 10-15% delle donne (*Società italiana di Ginecologia e Ostetricia: SIGO, 2008*). In seguito alla nascita del primo figlio è più frequente e il disturbo esordisce generalmente nelle tre o quattro settimane successive al parto, con una sintomatologia ingravescente che si manifesta clinicamente verso il quarto o quinto mese (*C.Mencacci, R. Anniverno, 2008*).

L'incidenza in Italia, secondo i dati del 2013 forniti dal Ministero della Salute, varia dall'8 al 12% delle donne e si manifesta prevalentemente nel primo trimestre post partum, ma si registrano casi a un anno e anche oltre (*C.Mencacci, R. Anniverno, 2010*). In tutto il mondo colpisce 350 milioni di persone e provoca 850.000 morti ogni anno. Secondo alcune stime nel 2020 rappresenterà la seconda causa di disabilità lavorativa, anche perché la stretta correlazione tra perdita del lavoro, povertà e malattia è dimostrata scientificamente, con una crescita dello 0,79% del tasso di suicidi per ogni aumento dell'1% nel tasso di disoccupazione (www.inchieste.repubblica.it). Nella depressione puerperale si possono manifestare: l'incapacità di prendersi cura del figlio, la paura e l'insicurezza dovute alla "fragilità" del bambino, sentimenti ambivalenti o negativi e la paura di nuocere al neonato.

Se le difficoltà della madre non vengono riconosciute e la donna non è supportata, porteranno ad una permanenza del disturbo sino a 6 mesi o più (*C. Mencacci, R. Anniverno, 2010*). E' opportuno quindi che la neomamma sia seguita dai famigliari, dal personale sanitario e dal medico, in quanto i mesi dopo il parto sono molto delicati sia per lei che per

il suo bambino, come ha sottolineato anche lo psicologo britannico *J. Bowlby (1907-1990)* nei suoi studi sull'attaccamento. J. Bowlby ha compiuto diverse ricerche riguardanti la relazione madre-bambino, evidenziando la necessità di una madre che sorrida, parli, accarezzi e soprattutto sia in grado di trasmettere serenità al proprio bambino. La depressione post partum, nonostante la gravità e il tasso di incidenza, rimane un fenomeno sottodiagnosticato poiché solo il 49% delle donne in gravidanza con sintomi depressivi è consapevole del disagio e richiede l'intervento medico. Mentre il restante 51% dei casi sottovaluta il disturbo (*C. Mencacci, R. Anniverno, 2010*). La *SIGO*: società italiana di Ginecologia e Ostetricia ha riconosciuto come necessaria una corretta informazione al momento delle dimissioni ospedaliere da parte del personale medico, ostetrico ed infermieristico del Dipartimento Materno Infantile , così da prevenire seri danni, ma questo non avviene quasi mai perché non si percepisce l'importanza del problema prima che questo si manifesti. (*Società italiana di Ginecologia e Ostetricia: SIGO, 2008*). Proprio per tali motivi, la Società Scientifica nel 2008 ha attivato una campagna nazionale con l'obiettivo di costruire una rete di protezione per tutelare le madri: “*Non lasciamole sole*”, che offre oltre all'informazione anche un aiuto concreto per le donne più fragili.

1.2 Sintomi della depressione post partum

La sintomatologia della depressione post partum compromette la salute della donna e la sua relazione con il bambino. La valutazione iniziale per identificare se la donna è a rischio, comprende una dettagliata anamnesi, seguita da un esame fisico ed esami di laboratorio routinari. (*Sit et al. 2009*).

I sintomi più frequenti sono: instabilità o sbalzi emotivi, facilità al pianto, mancanza di energie, senso di inadeguatezza e pensieri pessimistici, dubbi e timori circa le capacità di prendersi cura del bambino, sentimenti ambivalenti verso il bambino, senso di colpa, ansia, sentirsi prive di valore, disturbi del sonno e dell'alimentazione, paura dei contatti esterni e chiusura, perdita di interesse sessuale, pensieri frequenti sulla morte e a volte sul suicidio (*SIGO, 2008*). Oltre a questi sintomi, si manifestano dei disturbi anche nella relazione madre-bambino. Questi disturbi si riscontrano nel 10-25% delle madri e determinano delle difficoltà quali: avvertire il bambino come un peso, non riuscire a provare emozioni nei

confronti del bambino, avere dei pensieri di avversione verso il bambino e la paura di restare sole con lui, pensare di essere madri e mogli incapaci, non riuscire a concentrarsi nelle cose quotidiane, che hanno a che fare con l'interazione madre-bambino (*Osservatorio Nazionale sulla salute della donna: ONDA, 2005*).

In casi molto rari, soprattutto quando la donna ha già sofferto o ha una predisposizione allo sviluppo di depressione bipolare o mista, è possibile che la depressione post partum sia accompagnata anche da sintomi di tipo psicotico come: confusione e disorientamento, allucinazioni, paranoie, comportamenti che possono mettere a rischio la salute propria o del bambino. Queste situazioni sono le più critiche e vanno monitorate molto attentamente da uno specialista, esperto nel trattamento della depressione post partum. Talvolta, possono richiedere il ricovero della mamma o l'allontanamento temporaneo del bambino, finché la situazione non migliora (*ONDA, 2005*).

1.3 Fattori di rischio ed eziologia del disturbo

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna (ONDA) ha individuato che le cause della depressione post partum sono molteplici e coinvolgono:

-Fattori ormonali: dopo la nascita del bambino, una brusca caduta dei livelli ormonali (estrogeni, progesterone e cortisolo) può contribuire alla depressione post partum. Altri ormoni prodotti dalla ghiandola tiroidea possono diminuire drasticamente, lasciando una sensazione di stanchezza, pigrizia e depressione.

-Fattori fisici: stanchezza indotta dai ritmi imposti dal bambino; la fatica del post partum diventa un potente induttore di stress, che a sua volta agisce sul sistema immunitario materno riducendo le capacità di difesa e di reazione, tanto da rendere la donna più vulnerabile alla depressione; le alterazioni del sonno che possono slatenizzare un episodio depressivo.

-Fattori psicologici: una personalità caratterizzata da bassa autostima o tendente al perfezionismo.

-Fattori sociali: la giovane età, l'inesperienza, la scarsità di aiuto e sostegno sia da parte dei famigliari che del partner, basso status economico.

-Fattori cognitivi: nutrire aspettative irrealistiche sull'essere madre o sul bambino.

In letteratura esistono numerose ricerche sull'eziologia del problema, che hanno studiato la correlazione tra l'incidenza della depressione post partum e caratteristiche sociali, psicologiche e fisiche della donna. Due metanalisi approfondite (O'Hara & Swain, 2004; Beck, 2001) condotte su 70 studi e valutando oltre 12000 pazienti, hanno permesso di stratificare i fattori di rischio in diversi livelli di impatto sulla base del coefficiente di Cohen (Cohen LS, 1988), che fornisce una misura della forza di associazione tra depressione e fattori di rischio, che possono essere distinti in tre gruppi: fattori di rischio da forti a moderati, fattori di rischio moderati e fattori di rischio deboli.

1.3.1 Fattori di rischio da forti a moderati

Molti studi sono d'accordo sul fatto che la presenza di *ansia, stress e depressione* in gravidanza sono i fattori maggiormente incisivi sulla comparsa della depressione post partum. L'aver sofferto di depressione o di ansia in gravidanza è uno dei fattori maggiormente correlati all'insorgenza di depressione postnatale (Milgrom et al., 2008). O'Hara and Swain (2004) attraverso una metanalisi hanno valutato 14 studi con oltre 3000 pazienti che avevano avuto una precedente storia di disturbi psichiatrici o depressione post partum. Da questa ricerca è emerso che queste donne avevano un maggior rischio di sviluppare depressione post partum e che questo fattore aveva un impatto da alto a moderato sull'insorgenza della patologia.

La depressione prenatale è considerata il principale fattore di rischio per lo sviluppo di depressione post partum (Milgrom et al., 2008), così pure l'ansia prenatale (Beck 2001).

Un altro fattore importante è la presenza di *disturbi psichiatrici precedenti alla gravidanza*. Infatti la presenza di familiarità predispone allo sviluppo della patologia in questione. O'Hara and Swain (2004) hanno esaminato circa 900 pazienti che avevano partecipato a 6 diversi studi, concludendo che non vi fosse un'associazione significativa tra una storia psichiatrica familiare positiva e lo sviluppo di una depressione post partum. Tuttavia Johnstone et al hanno individuato un lieve aumento del rischio di sviluppare la patologia depressiva in un campione di 490 donne con anamnesi familiare psichiatrica positiva (Johnstone et al., 2001). La difficoltà rispetto a questo fattore di rischio è di riuscirlo ad indagare correttamente, poiché spesso le donne intervistate in gravidanza non hanno consapevolezza o conoscenza dei parenti con problemi di salute mentale.

Anche la *relazione tra eventi di vita e insorgenza di depressione post partum* riveste un ruolo importante; infatti esperienze come la morte del coniuge, la fine del un rapporto con il partner, la perdita del lavoro o il trasloco, sono eventi stressanti che rappresentano dei fattori scatenanti della depressione post partum. La gravidanza e il parto sono di per sé eventi stressanti per la vita di una donna e la presenza di ulteriori fattori negativi portano la donna a “cedere” dal punto di vista psicologico, sfociando in una depressione post partum. Milgrom et al. (2008) utilizzando uno studio retrospettivo, hanno scoperto che eventi di vita negativi nel passato o in tempi recenti come: aborti o morte del figlio alla nascita, problemi di salute del neonato o di un membro della famiglia, problemi lavorativi, sono stati associati ad una maggiore probabilità di diagnosi clinica di depressione. (*Milgrom et al., 2008*).

Assume molta importanza il *sostegno sociale*. E' stato ipotizzato infatti che la percezione di un sostegno sociale attraverso parenti e amici durante i periodi di stress possa essere un fattore protettivo contro l'insorgenza di depressione (*Milgrom et al., 2008*).

Donne con inadeguato supporto sociale e familiare, difficoltà coniugali, insoddisfazione o recenti eventi di vita avversi, sono più soggette a sviluppare una depressione post partum (*Lancaster et al., 2010; Gjerdingen et al., 2014*). Il sostegno sociale può essere apportato dal coniuge, dai parenti, dagli amici o da persone in qualche modo collegate alla donna. Studi recenti hanno dimostrato che l'isolamento sociale percepito o la mancanza di supporto sociale è un forte fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi depressivi nel post partum (*Forman et al, 2007*).

Acquista valore il sostegno informativo, ad esempio quello ricevuto dal personale specializzato nei corsi pre-parto o nelle visite di routine, che può rivestire un ruolo protettivo rispetto al disturbo.

Diversi ricercatori hanno individuato consistenti differenze tra la percezione di sostegno da parte della donna e il sostegno realmente ricevuto. Le donne con la tendenza a sviluppare sintomi depressivi, infatti, tendono a valutare tutto in modo negativo, di conseguenza anche un buon supporto da parte del partner o di una rete affettiva, può essere percepito come scarso o poco utile.

1.3.2 Fattori di rischio moderati

I fattori di rischio che hanno una moderata incidenza sulla depressione post partum sono: la *personalità* e la *relazione col partner*. Le donne che in gravidanza sono state classificate come nervose, timide, preoccupate, o donne con uno stile di attribuzione negativo (pessimiste, arrabbiate, con tendenza a pensieri ruminanti) sarebbero più predisposte allo sviluppo della depressione post partum (*O'Hara & Swain, 2004*). Un aumento del rischio di depressione post partum si manifesta nelle donne che soffrono di problemi coniugali durante la gravidanza (*Kumar et al, 2002*).

Romito e colleghi (2012) in uno studio longitudinale, dimostrano l'impatto della violenza subita dalla madre da parte del proprio partner, sullo sviluppo di stress psicologico materno (*Romito et al., 2012*).

A volte, il diventare genitori può mettere in discussione l'organizzazione dell'intero sistema familiare. Generalmente la madre assume il ruolo di accudimento del bambino e della casa, mentre il padre gestisce gli aspetti lavorativi. Inoltre, la cura del bambino prende tempo alla vita di coppia. Questi cambiamenti di ruolo a volte vengono accettati e in altri casi no, comportando conflittualità nella coppia.

1.3.3 Fattori di rischio bassi

La *disoccupazione*, un *basso reddito* ed un *basso livello culturale* sono da sempre considerati fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi mentali, ed in particolare per la depressione (*WHO, 2001*). Il basso reddito, la presenza di problemi finanziari, lo stato lavorativo del partner, lo stato socio economico meno elevato avrebbero una relazione significativa con la depressione post partum e questi aspetti si manterrebbero costanti anche in paesi e culture diverse. (*Milgrom et al., 2008*).

Complicazioni nella gravidanza come: minaccia d'aborto, preeclampsia, travaglio precoce o parto cesareo, sarebbero considerati fattori di rischio di lieve entità per l'insorgenza della malattia depressiva (*Johnstone et al., 2001*).

1.4 Criteri diagnostici per individuare la depressione pos partum

La depressione post partum può essere diagnosticata utilizzando il manuale diagnostico dei disturbi mentali: DSM-V (*American Psychiatric Association 2013*).

Per gli scopi diagnostici viene raccomandato di seguire le indicazioni contenute in questo manuale e di tenere a mente che nell'esperienza pre e postnatale ci sono cambiamenti normali nel funzionamento psicologico della donna, quali: disturbi del sonno, stanchezza, perdita d'interesse e piacere per le cose, pensieri ansiosi circa il bambino, che non devono portare ad alcuna diagnosi.

1.4.1 DSM-V (Manuale Diagnostico dei disturbi mentali)

Secondo il DSM-5 per fare diagnosi di depressione il paziente deve presentare almeno 5 o più sintomi, tratti da un determinato elenco, per un periodo di almeno due settimane. Nei cinque o più sintomi devono inoltre comparire “umore depresso” o “perdita di interesse o piacere”.

I sintomi elencati nel DSM-5 comprendono:

- Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno
- Marcata diminuzione di interesse o piacere (anedonia) per tutte, o quasi tutte le attività, per la maggior parte del giorno
- Perdita di peso significativa in assenza di diete o aumento di peso (ad esempio può essere significativa una variazione del peso corporeo superiore al 5% nell'arco di un mese), o riduzione/aumento dell'appetito quasi ogni giorno
- Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno
- Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno
- Fatigue o mancanza di energia quasi ogni giorno
- Perdita di energia
- Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati quasi ogni giorno
- Ridotta capacità di pensare o concentrarsi, o indecisione quasi ogni giorno
- Pensiero ricorrente di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o tentato suicidio, piano specifico per suicidarsi (*APA, 2013*).

1.5 Classificazione dei disturbi psichiatrici nel post partum

I disturbi principali nel post partum comprendono:

-Postpartum blues o Baby Blues

Il Baby blues è un disturbo transitorio di lieve entità, di solito colpisce le donne nel 60-80% dei casi, si presenta il terzo o quarto giorno dopo il parto e sussiste per due settimane. In questa fase la donna ha un brusco calo ormonale degli estrogeni, ne consegue irritabilità e stanchezza fisica. Tali manifestazioni se accompagnate a fattori psicologici particolari si possono protrarre fino a sfociare in una depressione post partum (ONDA, 2005). Il Baby Blues è caratterizzato dalla sensazione generale di “Non sentirsi più sé stesse” e da una tristezza che permane per buona parte della giornata.

Le donne in queste condizioni possono presentare uno o più dei seguenti sintomi: sentimenti di inadeguatezza nei confronti del neonato, irritabilità, nervosismo, labilità emotiva con crisi di pianto senza motivo apparente, difficoltà a dormire, perdita di appetito e calo ponderale, iperattività (S. D’Agati et al., 2011).

-Depressione post-partum

E’ un disturbo dell’umore di entità più grave, ne sono affette dal 10 al 20% delle neomadri, spesso nei primi 3-6 mesi dopo il parto e fino ad un anno dopo, se non trattata farmacologicamente. I sintomi includono: perdita di interesse nelle normali attività, inclinazione al pianto, senso di colpevolezza, ansietà, astenia, mancanza di autostima, perdita di concentrazione o memoria, preoccupazione eccessiva per il bambino o mancanza completa di preoccupazione, attacchi di panico, pulsioni suicide. Tale disturbo ha un impatto sulla donna, sul bambino, sul partner, sulla coppia e sulla relazione madre-bambino (S. D’Agati et al., 2011).

-Psicosi post-partum o psicosi puerperale

Condizione depressiva particolarmente severa e rara, colpisce lo 0,5-1% delle donne ogni 1000 parti. L’esordio tipico è molto precoce (3-4 giorni dopo il parto) e in ogni caso entro le prime quattro settimane dopo il parto; il disturbo può evolvere in una forma pura di depressione maggiore. La psicosi puerperale si manifesta con: ideazione delirante, fenomeni allucinatori, irrequietezza, agitazione motoria o comportamenti bizzarri, timori e preoccupazioni eccessive e irrazionali rispetto al bambino, fluttuazioni dell’umore con

emozioni inappropriate, insonnia (*S. D'Agati et al., 2011*). Il comportamento può sembrare fuori dalla realtà, come ad esempio non curarsi dei bisogni fisici e psicologici del bambino o un'incapacità nel rispondere ai suoi bisogni. Esiste un elevato rischio di suicidio e figlicidio, specialmente quando il focus dei deliri o delle allucinazioni è sul bambino, percepito dalla mamma come minaccioso (*ONDA, 2005*).

1.6 Conseguenze della depressione post partum

La depressione post partum è un disturbo psicologico ad eziologia multifattoriale, che include il contributo di variabili biologiche, ambientali e psicosociali. Pertanto anche gli effetti della depressione post partum si rivelano molteplici, coinvolgendo non solo la donna, ma anche tutto il nucleo familiare.

1.6.1 Effetti sulla donna

La depressione produce nelle madri una limitazione nell'espressione dell'affettività e la tendenza ad interpretare negativamente il comportamento del bambino: si sentono infastidite, poco responsive, hanno difficoltà ad interpretare le richieste, non riescono a soddisfare le esigenze primarie. La depressione interferisce in modo significativo sulle funzioni e sull'accudimento genitoriale; tale disagio crea una ridotta responsività sui segnali del bambino e quindi la compromissione di un modello di attaccamento sicuro (*BOWLBY, 1989*).

Soffrire di un disordine mentale tende ad isolare la donna dai suoi rapporti sociali, creandole disagio. Quando la depressione si instaura nel pre e post partum questa si somma al disturbo iniziale, aggravando la patologia e quindi si hanno nuovi sintomi, quali: la preoccupazione di non riuscire a svolgere nelle modalità necessarie il ruolo di madre, nel prendersi cura di sé stesse durante la gravidanza e successivamente del neonato (*Howard, 2005*).

1.6.2 Effetti sul bambino

Molti studi negli ultimi anni hanno evidenziato come la depressione materna abbia influenze negative sullo sviluppo del bambino e come su di esso si possano verificare disturbi di tipo comportamentale, cognitivo ed emotivo (*Agosti, Monti, Marano Baiamonte, 2004*). I bambini delle madri affette da depressione manifestano con maggiore probabilità problemi comportamentali, ritardi nello sviluppo cognitivo, disregolazione emotiva e sociale, insorgenza precoce della malattia depressiva (*Gaffney et al., 2014*), problemi di sonno e allattamento, manifestazioni di evitamento (distoglimento dello sguardo, allontanamento del corpo), regolazione affettiva deficitaria, disturbi dell'alimentazione e della crescita (*Field, 2010*). Diversi studi mostrano anche che l'umore depresso fa sì che i bambini siano meno stimolati dalla voce delle madri e quindi tendono ad avere meno interesse nei loro confronti. Questo problema spesso continua anche dopo la guarigione dalla depressione. L'inadeguata interazione madre-figlio può ripercuotersi negativamente a livello della morfologia e fisiologia cerebrali, della reattività allo stress, delle abilità sociali, emotive e cognitive, riscontrabili fino all'età puberale e persino adulta (*Brand e Brennan, 2009*).

1.6.3 Effetti sul sistema familiare

Alcuni studi dimostrano come le difficoltà della madre si riversano sulla relazione di coppia, con aumento dei disturbi dell'umore anche nel partner della donna con depressione post partum (*Lovestone e Kumar 2007*). Spesso le donne depresse valutano come più carente la relazione con il partner, intesa nelle dimensioni dell'accordo, della soddisfazione e del sostegno reciproco (*Milgrom e McCloud 2006*). Talvolta l'irritabilità e l'ostilità correlate all'umore depresso si estendono al compagno ed a eventuali altri figli; ciò si ripercuote in modo più o meno marcato sul comportamento e sullo sviluppo dei bambini, sul clima familiare e sulla tenuta della relazione di coppia. (*F.Baldoni, 2005*)

1.7 Screening per la valutazione del rischio di depressione perinatale

Gli strumenti di screening non possono sostituire né il colloquio né l'osservazione clinica e non rappresentano uno strumento diagnostico, in quanto nessun test o questionario può fornire di per sé una diagnosi. Risultano di particolare utilità nell'individuare situazioni a rischio o potenzialmente tali.

1.7.1 Domande di riconoscimento

Negli Stati Uniti e in Australia si raccomanda l'uso di screening per depressione post partum. Il National Institute for Health and Clinical Excellence guideline (NICE 2007) consiglia al personale sanitario di utilizzare le "Whooley questions" (Whooley 1997) in due momenti diversi: l'inizio della gravidanza e il periodo postnatale. Tali domande dimostrano di avere un grande potere di screening nel post partum e tutti gli operatori le possono applicare rivolgendosi alle puerpere.

Le Wholley questions sono:

- 1-Durante il mese scorso, ti sei sentita spesso giù, depressa, oppure senza speranza?
- 2-Durante il mese scorso, hai provato spesso scarso interesse o poco piacere nel fare le cose?

Queste domande possono indicare una possibile sofferenza, ma richiedono una valutazione clinica completa per confermare una diagnosi di depressione puerperale. Se la donna risponde positivamente alle due domande precedenti, si può aggiungere una terza domanda:

- 3-In questa situazione senti la necessità di essere aiutata?

La diagnosi di depressione post partum è probabile quando la donna si sente triste o è incapace di provare piacere rispetto a qualsiasi attività, compresa la cura del bambino e quando la durata di questi sintomi è di due settimane o più (Graziottin 2010).

Graziottin (*Graziottin 2010*) consiglia che possono risultare utili, nella fase di anamnesi, la raccolta di altre domande riguardanti la vita quotidiana della donna:

- Riesci a dormire quando il bambino dorme?*
- Mangi con appetito o senza voglia, o ti abbuffi?*
- Ti senti sola?*
- Hai voglia di uscire o preferisci stare in casa?*
- Ti fa piacere prenderti cura di te, o non te ne importa niente?*
- Ti sembra che il bambino sia un carico eccessivo per te?*
- Temi di far del male al bambino?*
- Il bambino ha cambiato la tua vita in modo imprevisto e/o che ti preoccupa?*

Come riportato da Graziottin (2010), si rileva la presenza di un normale tono dell'umore nella madre quando vengono mantenute le abitudini di vita quotidiana.

1.7.2 Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

John e suoi collaboratori (1987) hanno sviluppato l'EPDS come questionario di screening dei sintomi depressivi del post partum, anche se la letteratura concorda sul fatto che non può sostituire il ruolo che ha l'intervista psichiatrica, fondamentale per effettuare la diagnosi di depressione post partum.

E' l'unico test di screening attualmente riconosciuto a livello internazionale.

La sua applicazione può rivolgersi a popolazioni di origini etniche diverse. Si tratta di un questionario autosomministrato composto da 10 item che indagano lo stato psichico della donna nell'ultima settimana . E' stato validato sia per la gravidanza che per il post partum. (*Versione italiana della EPDS di Cox e Holden, 2008*).

Nella somministrazione del test viene chiesto alla donna di segnare la risposta che più si avvicina a come si è sentita negli ultimi sette giorni. Ad ogni risposta viene attribuito un punteggio che varia da 0 (mai) a 3 (sempre) ; con la somma dei punteggi ottenuti nei singoli item si rileva il punteggio totale.

Il cut-off è individuato a 12, tuttavia un cut-off di 9 permette di individuare tutti i casi a rischio. Il solo punteggio non deve sostituire il giudizio clinico; è opportuno avvalersi di un colloquio clinico approfondito rispetto ai singoli item individuati come positivi (a rischio). In base alla letteratura internazionale si può considerare un punteggio di 9-11 come indicatore di medio rischio e ≥ 12 come indicatore di rischio elevato.

1.8 Trattamenti nella depressione post partum

1.8.1 Trattamenti farmacologici

Inadeguati trattamenti farmacologici interferiscono nella relazione madre-bambino con effetti significativi a lungo termine sullo sviluppo sociale ed educativo e sul comportamento dell'infante (*Muzik et al., 2009; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2008*), pertanto uno screening appropriato per il rapido riconoscimento e trattamento della depressione, è essenziale per il benessere materno e infantile (*Pignone et al., 2002*). La depressione post partum viene affrontata in ambito medico in modo differente a seconda del tipo e della gravità dei sintomi. I trattamenti farmacologici includono: *ansiolitici* e *antidepressivi*, sotto controllo medico e valutando la possibilità di sospendere o mantenere l'allattamento (*ONDA, 2005*).

Nei casi gravi di depressione si deve tener presente che i farmaci antidepressivi sono escreti con il latte materno e quindi trasmessi al lattante. I farmaci antidepressivi ritenuti compatibili con l'allattamento al seno sono: la Nortipilina, la Paroxetina e la Sertralina. Questi farmaci infatti mostrano concentrazioni molto basse o non misurabili nel latte materno e soprattutto non sono stati riportati effetti indesiderati nella maggior parte dei lattanti esposti. In tutti i casi viene però raccomandata l'importanza che il lattante venga regolarmente controllato dal neonatologo per identificare precocemente segni di tossicità legati all'esposizione farmacologica (*Cesario Bellantuono e colleghi, 2007*). Un disturbo mentale non trattato nel periodo prenatale può interferire con il benessere fisico e mentale della donna, del feto e su altre persone significative della famiglia (*National Institute for health and clinical excellence: NICE, 2007*).

La depressione in gravidanza è associata ad un aumento della percentuale ostetrica di complicazioni, quali: nascite premature, aborto spontaneo, tentativi di suicidio e per il bambino basso peso alla nascita (*Austin et al., 2005.*)

E' evidente che la decisione di continuare, iniziare o sospendere il trattamento farmacologico per una donna che sta programmando una gravidanza, necessita di una valutazione specialistica che tenga in considerazione: le caratteristiche individuali della donna; la storia pregressa di psicopatologia; la tendenza alle ricadute; il rischio per il feto o il neonato della sospensione farmacologica e il rischio di non trattamento.

1.8.2 Trattamenti non farmacologici

I principali trattamenti non farmacologici nel disturbo post partum prevedono:
1-*Interventi psicoeducativi*: sono colloqui che portano alla conoscenza della diagnosi e dei disturbi, per permettere alla paziente di acquisire un automonitoraggio dei sintomi, così da migliorare la consapevolezza di malattia e di adesione alla cura. È importante coinvolgere il partner nella psicoeducazione per una maggiore comprensione della condizione patologica della donna, una riduzione dei fattori di rischio presenti nella relazione ed un miglior supporto emotivo (*Austin et al., 2005*).

2-*Psicoterapia*: è un metodo per trattare le condizioni di disagio psicologico ed i disturbi mentali. L'intervento psicologico deve essere effettuato da uno psicoterapeuta professionista, possibilmente con competenze specifiche sulla maternità.

Vengono utilizzate: la parola e alcune tecniche psicologiche per aiutare la paziente a produrre un cambiamento duraturo negli atteggiamenti e nei comportamenti. La decisione rispetto al tipo di psicoterapia deve essere basata su: preferenze espresse dalla paziente; fattibilità di un particolare tipo di psicoterapia e gravità del disturbo.
3-*Supporto psicologico*: fornisce un ascolto empatico e non giudicante da parte di un professionista competente, permettendo alla donna di aprirsi al dialogo. È un processo di accompagnamento e di sostegno effettuato dallo psicologo, ma anche gli operatori della salute possono costituire fonte di supporto durante il percorso di maternità

(esempio: ostetrica, ginecologo e infermieri attenti a fornire informazioni in merito al parto ed al post partum).

4-Tecniche di rilassamento muscolare progressivo di Jacobson: è una tecnica che consente di acquisire un modo per rilassarsi e “lasciarsi andare”. Consiste in una sequenza di esercizi di contrazione e decontrazione di gruppi muscolari, coinvolgendo tutti i segmenti corporei. I principali obiettivi sono: produrre uno stato di rilassamento e ridurre gli effetti fisici dell’ansia; facilitare l’addormentamento; modulare la frequenza respiratoria; imparare ad utilizzare il rilassamento in altri contesti: al lavoro, in macchina, durante l’allattamento; dedicare tempo a sé stessi in attività piacevoli (ONDA,2005).

1.9 Depressione post partum correlata al lutto perinatale

Eventi luttuosi nella perinatalità favoriscono nella mamma i fattori predisponenti allo stato depressivo.

Ogni nazione ha la sua definizione per il concetto di “morte perinatale”, quindi vi è una difficoltà di interpretazione condivisa. Tra le numerose definizioni, quella riportata dal Comitato di esperti dell’ OMS nel 1970 risulta essere la più veritiera, rispondendo a quello che accade nella realtà. Tale definizione può essere così riassunta: la mortalità perinatale comprende le morti fetali e le morti neonatali precoci di prodotti del concepimento che pesano almeno 1000g alla nascita, avvenute entro i primi sette giorni completi di vita (Pescetto, De Cecco, Pecorari, 1994; Comitato Nazionale per la Bioetica, 1998). L’incidenza delle patologie gravi in età perinatale e della mortalità perinatale è riscontrabile dai dati pubblicati dall’ISTAT negli annuari di natalità e cause di morte. L’annuario relativo al 1997 descrive in una classificazione le quattro categorie relative alle cause di morte perinatale: malformazioni congenite, asfissia, patologie respiratorie neonatali, altre cause neonatali.

Alcune patologie responsabili della morte del feto e del neonato, possono essere strettamente collegate ad alterazioni in gravidanza, come: emorragie da discoagulopatie, gestosi, sindrome eclamptica, infezioni del liquido amniotico, da rottura precoce delle membrane o da infezioni vaginali trascurate.

Ulteriori cause importanti di mortalità perinatale sono: malformazioni congenite, grave prematurità, sofferenza fetale asfittica intrapartum, insufficienza placentare cronica con difetto di crescita fetale intrauterino. Nel lutto in gravidanza e dopo il parto i genitori sono chiamati ad affrontare un difficile percorso, caratterizzato da sentimenti di amore per il bambino perduto e nello stesso tempo dolore per la perdita subita.

La morte perinatale è un fattore di rischio per il benessere delle gravidanze successive e condiziona lo stile di attaccamento genitore-bambino (*Saflund et al., 2002*). Nella gravidanza successiva si possono presentare sintomi di ansia e depressione. La madre può rivivere la precedente esperienza negativa, oppure può “negare” la nuova gravidanza, per paura di perderla ancora, manifestando sentimenti di iperprotettività, ansia, o al contrario, distacco e freddezza (*Robertson and Kavanaugh, 2007*). La notizia della morte del feto o del neonato viene accolta in modi e situazioni diverse dalla paziente. Il sintomo iniziale più frequente è rappresentato da un senso di vuoto e smarrimento. Alcune mamme sperimentano una tensione nervosa, diventando irrequiete e altre hanno solo voglia di piangere. Molte mamme si chiedono se il loro comportamento abbia influito sull’evento. Altre donne hanno l’impressione di sentire piangere il loro bambino di notte o di percepire i movimenti fetali, presentando sintomi fisici: stanchezza, insonnia, vertigini e inappetenza.

Nel primo anno successivo ad una perdita perinatale, circa il 20-30% delle donne incorre in patologie psichiatriche significative come la depressione o i disturbi d’ansia (www.centropsichedonna.it).

Le reazioni del padre generalmente sono meno intense di quelle della madre e spesso vengono mascherate con il nervosismo e la voluta necessità di riprendere subito il lavoro (*A. Bongiorno, S. Malizia, F. Rocco, 2001*).

CAPITOLO 2: ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AMBITO DI DIAGNOSI E CURA

2.1 Il ruolo dell'infermiere nella cura

Nell'ambito materno infantile la figura professionale dell'infermiere collabora con altre figure professionali specifiche che, per propria formazione ed ambito di intervento, rappresentano i riferimenti per la paziente ostetrica (*Lynda Jall Carpenito, 2006*). L'assistenza alle donne colpite da depressione rappresenta un compito difficile in quanto bisogna saper accogliere ed accompagnare la paziente lungo il processo di elaborazione. Le scelte assistenziali non devono essere casuali, gli atteggiamenti comportamentali e professionali devono essere mirati in quanto, per progettare l'assistenza infermieristica più adeguata, è necessario avere competenze tecniche e conoscenze adeguate.

Si rende necessario identificare i bisogni assistenziali della paziente e fornire adeguati mezzi di supporto considerando che le modalità comportamentali sono diverse da donna a donna a causa di contesti ambientali, socio culturali, relazionali ed interpersonali. L'indicatore di risultato atteso, in relazione al progetto d'assistenza, è da verificarsi nella capacità di ripresa di una vita normale ed attiva, in grado di accudire sè stessa ed il figlio, raggiungibile in tempi auspicabilmente brevi, al fine di non demolire il rapporto della diade madre-figlio. Si può ritenere che il processo assistenziale termini con la ripresa a tutti gli effetti di una vita fisica, relazionale e comportamentale soddisfacente per la paziente, senza dimenticare il ruolo fondamentale del partner. (*Mac Graw Hill 1997*)

2.2 Il ruolo dell'infermiere nel saper percepire e cogliere i sintomi della depressione post partum

L'infermiere coinvolto nel processo di cura della gravida e poi della puerpera deve saper identificare i sintomi precursori della depressione post partum.

Prima dell'evento nascita, l'ambito di possibile rilevazione dei sintomi predittori della depressione è rappresentato da quanto riferito dal partner o dalla gestante stessa o dai momenti d'incontro con la gestante, ad esempio il corso di accompagnamento alla nascita.

Lo scopo è quello di determinare in gravidanza eventuali sintomi ed ipotizzare un possibile intervento da parte dell'équipe.

I sintomi sono:

- Preoccupazione per la salute propria e del feto
- paura di perdere il bambino
- timore del cambiamento del corpo
- preoccupazione per il nuovo ruolo genitoriale e sociale
- paura del parto
- nausea
- affaticamento
- astenia

-disturbi del sonno e dell'alimentazione (*ONDA,2005*). La sintomatologia della depressione post-partum compromette la salute della donna e la sua relazione con il bambino. I sintomi più frequenti che il professionista infermiere deve saper cogliere durante l'assistenza alla puerpera o al neonato sano o prematuro sono:

- instabilità o sbalzi emotivi
 - facilità al pianto
 - mancanza di energie
 - senso di inadeguatezza
 - pensieri pessimistici
- dubbi e timori circa le capacità di prendersi cura del bambino
- sentimenti ambivalenti verso il bambino
 - senso di colpa
 - ansia
 - sentirsi prive di valore
 - disturbi del sonno e dell'alimentazione
 - paura dei contatti esterni e chiusura
 - perdita di interesse sessuale
 - pensieri frequenti sulla morte e a volte sul suicidio. (*SIGO,2008*)

Oltre a questi sintomi, si manifestano dei disturbi anche nella relazione madre-bambino.

Questi disturbi si riscontrano nel 10-25% delle madri e determinano delle difficoltà quali:

- Avvertire il bambino come un peso

- non riuscire a provare emozioni nei confronti del bambino

- avere dei pensieri di avversione verso il bambino e la paura di restare sole con lui

- pensare di essere madri e mogli incapaci

- non riuscire a concentrarsi nelle cose quotidiane, che hanno a che fare con l'interazione madre-bambino (ONDA, 2005). In casi molto rari, soprattutto quando la donna ha già sofferto o ha una predisposizione allo sviluppo di depressione bipolare o mista, è possibile che la depressione post partum sia accompagnata anche da sintomi di tipo psicotico come: confusione e disorientamento, allucinazioni, paranoie, comportamenti che possono mettere a rischio la salute propria o del bambino. Queste situazioni sono le più critiche e vanno monitorate molto attentamente da uno specialista, esperto nel trattamento della depressione post partum. Talvolta, possono richiedere il ricovero della mamma o l'allontanamento temporaneo del bambino, finché la situazione non migliora. (ONDA, 2005)

2.3 Il ruolo dell'infermiere nella gestione della terapia farmacologica e non farmacologica

L'infermiere è tra i professionisti deputati alla gestione della terapia farmacologica che include farmaci ansiolitici ed antidepressivi, sotto controllo medico, con valutazione del mantenimento o sospensione dell'allattamento. In casi gravi si deve tenere presente che i farmaci antidepressivi sono escreti con il latte materno (ONDA, 2005).

In caso di depressione in gravidanza con trattamento farmacologico si possono manifestare complicanze quali: nascite premature, aborto spontaneo, tentativi di suicidio e per il bambino basso peso alla nascita. Quindi è compito specifico dell'infermiere conoscere l'ambito specifico della patologia e gli effetti che la depressione e la sua terapia possono avere sulla donna e sul bambino. Nell'ambito della gestione della terapia non farmacologica l'infermiere deve saper collaborare nel progetto di supporto psicologico, fornendo un ascolto empatico e non giudicante, permettendo alla donna di aprirsi al dialogo. Il gruppo di sostegno alla donna è condotto dallo psicologo, ma anche gli altri operatori della salute possono costituire una fonte di supporto, fornendo le informazioni in merito al parto ed al post partum.

2.4 Il ruolo dell'infermiere nella relazione

Per favorire il benessere della donna è importante far emergere i sentimenti provati; l'aiuto farmacologico subentra in situazioni complicate in cui compaiono sintomi gravi: abulia, apatia, anedonia con sentimenti di autosvalutazione e disturbi del sonno e dell'appetito. Una maggior attenzione deve essere rivestita sulla figura del partner che deve rappresentare il supporto per la donna colpita da depressione, questo può implicare che anche il padre possa aver bisogno di sostegno psicologico, ad esempio nel caso di neonati prematuri o critici ricoverati in Patologia Neonatale (www.centropsichedonna.it). L'infermiere è una delle prime figure coinvolte nell'assistenza alla donna e al neonato, la relazione è uno strumento che l'operatore sanitario deve conoscere bene per trarne i maggiori benefici.

E' indispensabile usare lo strumento della comunicazione nel modo più appropriato per infondere nella donna la certezza del sostegno del professionista ed il rispetto per la sua situazione di disagio psicologico.

E' utile dire: mi dispiace per Lei, mi dica cosa la preoccupa, sono interessato alla Sua situazione, sono disponibile per qualsiasi necessità....

E' utile fare: ascoltare e lasciare che la mamma esprima tutte le sue emozioni, aiutare nelle piccole cose e cercare di individuare i bisogni personali, saper fornire figure di supporto e di riferimento, rispettare i silenzi...

L'infermiere non deve portare la propria opinione personale e non deve giudicare il comportamento della mamma. Darà solo la propria disponibilità e chiarirà che per qualsiasi informazione o approfondimento sarà disponibile.(*A.Bongiorno, S.Malizia, F.Rocco,2001*)

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivo della ricerca

L'elaborato si propone di analizzare e confrontare i testi e gli articoli scientifici presenti in letteratura che riguardano la valutazione e gestione del disturbo depressivo nella fase post partum, allo scopo di orientare la pratica infermieristica verso interventi idonei a garantire il miglior controllo della sintomatologia, con ripercussioni positive sulla qualità di vita della donna e della sua famiglia.

3.2 Quesito di ricerca

Definizione, eziologia, fattori di rischio e sintomatologia della depressione post partum nella donna. Come individuare le donne a rischio di depressione post-partum? Come instaurare una adeguata relazione di aiuto per garantire una conseguente aderenza/alleanza terapeutica ? Quali interventi vengono adottati dall'infermiere nella presa in carico della donna, durante la gravidanza? Il ruolo infermieristico nella gestione della terapia farmacologica per il trattamento del disturbo.

3.3 Parole chiavi

Le parole chiavi usate per la ricerca degli articoli scientifici sono: *postpartum depression- perinatal bereavement- the importance of the therapeutic relationship with the woman- depressive symptoms during pregnancy- pharmacological and not-pharmacological treatments of postpartum depression*, altrimenti combinate o legati agli operatori booleani AND/OR/NOT.

3.4. Fonti di ricerca

La ricerca degli articoli scientifici è stata eseguita con la consultazione di:

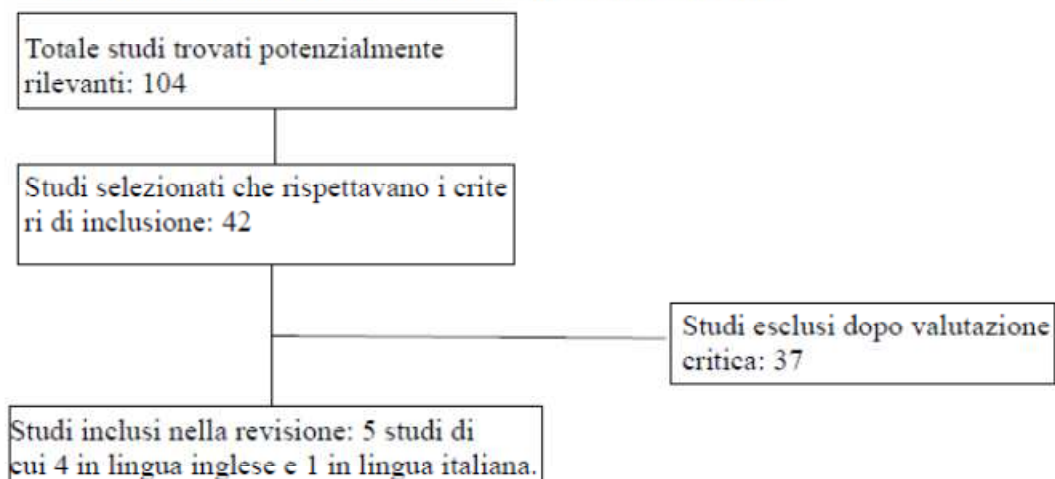
- banche dati PUB MED e GOOGLE SCHOLAR
- testi e riviste scientifiche
- siti web di interesse infermieristico.

Nell'elaborato sono stati considerati in totale 45 lavori, di cui 7 libri di testo, il manuale diagnostico dei disturbi mentali: DSM 5, 3 linee guida, 21 articoli di interesse scientifico, 8 revisioni della letteratura e 5 studi clinici.

3.5. Criteri di selezione degli studi

Criteri di selezione del materiale	
* Disegno dello studio: studi clinici controllati randomizzati (RCT), studi sperimentali, studi pilota e revisioni sistematiche della letteratura.	
CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
* Periodo: sono stati presi in considerazione gli studi dal 2001 al 2015.	* Periodo: sono stati esclusi tutti gli studi prima del 2001.
* Popolazione: donne di età compresa tra i 18 e i 44 anni con diagnosi di depressione post-partum	* Popolazione: donne di età inferiore ai 18 anni e superiore ai 44 anni.
* Intervento: valutazione e gestione delle pazienti affette da depressione post partum in ambito ospedaliero.	* Intervento: valutazione e gestione delle pazienti affette da depressione post partum in ambito extra-ospedaliero.
* Outcomes: implementazione degli studi inerente la gestione e la valutazione delle pazienti affette da depressione post partum; crescente acquisizione del personale infermieristico riguardante la questione, con miglioramento della qualità di vita della donna e della sua famiglia; l'importanza di una continua formazione del personale sanitario.	* Outcomes: sono stati esclusi tutti gli studi che trattavano della depressione post partum correlata a patologie psichiatriche.

3.6. Flow Chart del percorso di revisione della letteratura



CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Discussione: un'esperienza speciale...

Durante il mio percorso dedicato all'elaborazione della tesi finale ho deciso di partecipare personalmente alle iniziative che potevano essere per me fonte diretta di informazioni utili rispetto all'argomento da me scelto ovvero, il ruolo dell'infermiere nel rapporto con la donna colpita da depressione post partum.

Il 3 agosto 2015, presso L'U.O. di Ostetricia e Ginecologia del Dipartimento Materno Infantile del P.O. di Cittadella AULSS n.15 ho partecipato, su invito della mia correlatrice di tesi, ad un incontro durante il quale è stata presentata l'attività dell'ambulatorio "Mamme senza depressione" che già da tempo opera in questa Azienda ULSS. L'obiettivo del progetto è quello di supportare, sostenere e curare le mamme colpite da depressione perinatale ovvero problemi psichici insorti durante la gravidanza e nel post partum. Le figure presenti all'incontro erano: due Psichiatri, una Psicologa, la Coordinatrice del Dipartimento Salute Mentale e Medici, Coordinatrici Ostetrica ed Infermieristica, Infermieri, Ostetriche/i ed OSS del Dipartimento Materno Infantile.

Lo scopo di questo incontro è stato quello di fornire conoscenze in merito a come relazionarsi con le mamme affette dal disturbo e far conoscere alle mamme ed ai professionisti che le affiancano, la possibilità di riferirsi all'ambulatorio "Mamme senza depressione" presso l'Ospedale di Camposampiero, per ricevere un valido supporto e monitoraggio in un momento così fragile.

Il giorno 19/08/2015 a Possagno ho partecipato a un incontro organizzato dall'Associazione "Ciao Lapo" che opera presso l'U.O. di Ostetricia Ginecologia Sala Parto ed U.O. Pediatria Patologia Neonatale Nido del Dipartimento Materno Infantile del P.O. di Cittadella, su invito della mia correlatrice. Questa Associazione si occupa di fornire sostegno ai genitori che hanno subito un lutto perinatale. La scelta della data non è casuale, infatti l'artista australiana Marie Carly, colpita anch'essa da lutto perinatale, ha istituito la "Giornata del ricordo" proprio in questo giorno, in questa occasione le mamme presenti creano delle bandiere per commemorare i loro bambini defunti.

Anch'io durante questa esperienza ho potuto toccare con mano il loro coinvolgimento così profondo. Ciascuna di loro ha realizzato una bandiera impreziosita da ornamenti quali: conchiglie, nastri, perline, che rappresentavano le loro emozioni. L'atmosfera che si respirava in quel momento era caratterizzata da una forte empatia tra i presenti, con la voglia di andare avanti, individuando nuove motivazioni per farlo.

Questa è stata una delle tante iniziative dell'Associazione "Ciao Lapo" e parteciparvi mi ha molto coinvolto e mi ha fatto riflettere sulle possibili modalità di supportare, sostenere, aiutare ad esternare il dolore nel lutto perinatale e facilitare il processo di elaborazione del lutto stesso al fine di impedire che la depressione post partum sconvolga in maniera irreversibile la vita delle mamme che hanno subito una perdita così profonda. Ho anche però compreso che i professionisti coinvolti nel processo assistenziale della donna colpita, non possono esternarsi dall'essere partecipi alle iniziative delle Associazioni dedicate in quanto queste iniziative divengono parte integrante nel processo assistenziale e ne sono risorsa determinante che deve essere conosciuta per essere fruita.

4.2. Conclusioni

L'interesse per l'ambito delle patologie psichiatriche e per l'ambito materno infantile mi ha portato ad approfondire il contesto della depressione post partum, a cercare di comprendere i meccanismi che ne favoriscono l'instaurarsi, l'evoluzione e i bisogni assistenziali che la paziente che ne viene colpita manifesta.

Terminando il Corso di Laurea in Infermieristica ho deciso di elaborare la mia tesi su questo argomento per cogliere gli aspetti assistenziali che vedono coinvolti i diversi ruoli professionali, ma con particolare attenzione all'assistenza infermieristica.

Il ruolo dell'infermiere viene ritenuto spesso marginale rispetto a figure sanitarie non mediche specifiche per l'area materno infantile, tralasciando in realtà gli aspetti fondamentali del ruolo multi-specialistico delle competenze infermieristiche in ambito materno infantile.

Tra tutti il ruolo relazionale ha un'importanza fondamentale, ma deve essere basato sulle competenze e quindi è determinante la formazione dell'infermiere che, coinvolto nel progetto assistenziale, non può sottrarsi ad una formazione in itinere che qualifica il suo ruolo e lo individua come professionista referente nel processo di nursing.

Bibliografia

1. Aceti, F., Aveni, F., Baglioni, V., Carluccio, G., Colosimo, D., Giacchetti, N., et al. (2012). Depressione perinatale e nel postpartum: Tra attaccamento e personalità.
2. Agostini, F., Monti, F., Marano, G., & Baiamonte, C. (2004). Interazioni madre depressa e bambino a 9 mesi: Differenze di genere. *Psychofenia: Ricerca Ed Analisi Psicologica*, (11), 89-104.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2008). ACOG practice bulletin: Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists no. 92 april 2008, "Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation,". *Obstet Gynecol*, 111(4), 1001-1020.
4. Austin, M., & Priest, S. (2005). Clinical issues in perinatal mental health: New developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(2), 97-104.
5. Baldoni, F. (2005). Funzione paterna e attaccamento di coppia: L'importanza di una base sicura. *Padri & Paternità, Edizioni Junior, Bergamo*, , 79-102.
6. Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
7. Bellantuono, C., Migliarese, G., Maggioni, F., & Imperadore, G. (2007). L'impiego dei farmaci antidepressivi nel puerperio. *Recenti Progressi in Medicina*, 98(1), 29.
8. Bongiorno, A., & Malizia, S. (2001). La comunicazione della diagnosi grave, ed. *Carocci, Roma*, 14(3), 114-117.
9. Bowlby, J. (1998). *Loss: Sadness and depression* Random House.
10. Brand, S. R., & Brennan, P. A. (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: How are the children? *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 441-455.
11. Carpenito-Moyet, L. J. (2006). *Handbook of nursing diagnosis* Lippincott Williams & Wilkins.
12. Comitato Nazionale per la Bioetica. Presidenza del Consiglio dei Ministri (1998). La gravidanza e il parto sotto il profilo bioetico.

13. Cox, J., & Holden, J. (2008). *Maternità e psicopatologia. guida all'uso dell'edinburgh postnatal depression scale* Edizioni Erickson.
14. D'Agati, S., Teodoro, M. C., Tomaselli, T., Barbera, N., D'Agati, A., & Zarbo, G. (2011). Depressione post-partum: Valutazione clinica e medico-legale. *Giornale Italiano Di Ostetricia e Ginecologia*, 33(1), 24-29.
15. DSM-5 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Arlington: American Psychiatric Publishing*,
16. Field, T. (2010). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, 27(2), 200-203.
17. Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799
18. Gaffney, K. F., Kitsantas, P., Brito, A., & Swamidoss, C. S. (2014). Postpartum depression, infant feeding practices, and infant weight gain at six months of age. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), 43-50.
19. Gjerdingen, D., McGovern, P., Attanasio, L., Johnson, P. J., & Kozhimannil, K. B. (2014). Maternal depressive symptoms, employment, and social support. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 27(1), 87-96.
20. Graziottin, A., Righetti, P. L. (2010). Gravidanza e contesti psicopatologici. *Dalla Teoria Agli Strumenti Di Intervento*. Franco Angeli
21. Howard, L., Hoffbrand, S. E., Henshaw, C., Boath, L., & Bradley, E. (2005). Antidepressant prevention of postnatal depression. *The Cochrane Library*,
22. Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yates, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 69-74.
23. Kumar, R., & Robson, K. M. (2002). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 144, 35-47.
24. Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 5-14.

25. Lovestone, S., Kumar, R. (2007). Postnatal psychiatric illness: The impact on partners. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 163, 210-216.
26. Mencacci, C. & Anniverno, R. (2010). La depressione post partum in Italia: fotografia del problema. *Manuale italiano di Ostetricia e Ginecologia*. 9(1), 35-52
27. Merzagora, F. & Mencacci, C. (2005). Depressione in gravidanza e nel post-partum. *Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (ONDA)*, 30(1), 39-60.
28. Milgrom, J., & McCloud, P. (2006). Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine*, 12(3), 177-186.
29. Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1), 147-157.
30. Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (2006). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67(5), 2512-2526.
31. Muzik, M., Marcus, S. M., & Flynn, H. A. (2009). Psychotherapeutic treatment options for perinatal depression: Emphasis on maternal-infant dyadic outcomes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9), 1318-1319.
32. Nielsen, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby, J., & Secher, N. (2000). Postpartum depression: Identification of women at risk. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(10), 1210-1217.
33. O'hara, M. W., & Swain, A. M. (2004). Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.
34. Pasquale, E. & Guaschino, S. (2008). Come prevenire e affrontare la depressione post partum. *Società italiana di Ostetricia e Ginecologia (SIGO)*, 25(01), 60-78.
35. Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J., & Rassaby, E. S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 136, 339-346.
36. Pescetto, G., De Cecco, L., & Pecorari, D. (1994). *Manuale di clinica ostetrica e ginecologica* Società Editrice Universo.

37. Pignone, M. P., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., Mulrow, C. D., et al. (2002). Screening for depression in adults: A summary of the evidence for the US preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*, 136(10), 765-776.
38. Robertson, P. A., & Kavanaugh, K. (2007). Supporting parents during and after a pregnancy subsequent to a perinatal loss. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 12(2), 63-66.
39. Rocco, G., Fabriani, L., & Proietti, M. G. (1997). *Infermieristica clinica in ostetricia e ginecologia* McGraw-Hill.
40. Romito, L., Kaufman, J. S., Lo, B., & Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 75(6), 959-975.
41. Sit, D. K., & Wisner, K. L. (2009). Identification of postpartum depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 456-468.
42. Säflund, K., Sjögren, B., & Wredling, R. (2002). Physicians' attitudes and advice concerning pregnancy subsequent to the birth of a stillborn child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(2), 109-115.
43. Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439-445.
44. Wisner, K. L., Chambers, C., & Sit, D. K. (2006). Postpartum depression: A major public health problem. *Jama*, 296(21), 2616-2618.
45. World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization.

Sitografia

- www.centropsichedonna.it
- www.harmoniamentis.it
- www.depressionepostpartum.it
- www.sigo.it
- www.inchieste.repubblica.it

ALLEGATI

SCALA DI DEPRESSIONE PERIPARTUM DI EDIMBURGO (J. L. Cox, J. K. Olden, R. Sagowsky)

Gentile signora, la invitiamo a scegliere, tra le diverse risposte, senza aiuto e senza discuterne con altre persone, quella che meglio corrisponde al suo stato d'animo negli ultimi sette giorni.

- | | |
|--|---|
| 1) Sono stata in grado di ridere e vedere il lato divertente delle cose | <input type="checkbox"/> Come al solito
<input type="checkbox"/> Non proprio come al solito
<input type="checkbox"/> Assolutamente meno del solito
<input type="checkbox"/> No, per niente |
| 2) Mi sono posta in modo positivo verso gli eventi | <input type="checkbox"/> Tanto come al solito
<input type="checkbox"/> Un po' meno del solito
<input type="checkbox"/> Assolutamente meno del solito
<input type="checkbox"/> No per niente |
| 3) Mi sono sentita colpevole senza motivo quando le cose non andavano bene | <input type="checkbox"/> Sì, la maggior parte delle volte
<input type="checkbox"/> Sì, alcune volte
<input type="checkbox"/> Non molto spesso
<input type="checkbox"/> Mai |
| 4) Sono diventata ansiosa o preoccupata senza motivo | <input type="checkbox"/> No, per niente
<input type="checkbox"/> Quasi mai
<input type="checkbox"/> Sì, qualche volta
<input type="checkbox"/> Sì, molto spesso |
| 5) Mi sono sentita spaventata o nel panico senza un buon motivo | <input type="checkbox"/> Sì, spesso
<input type="checkbox"/> Sì, qualche volta
<input type="checkbox"/> No, non molto
<input type="checkbox"/> Mai |
| 6) Mi sono sentita sopraffatta dalle cose che accadevano | <input type="checkbox"/> Sì, il più delle volte non sono in grado di affrontarle
<input type="checkbox"/> Sì qualche volta non le affronto bene come al solito
<input type="checkbox"/> No, il più delle volte le ho affrontate piuttosto bene
<input type="checkbox"/> No, le ho affrontate bene come al solito |
| 7) Sono così infelice che ho difficoltà a dormire | <input type="checkbox"/> Sì, la maggior parte delle volte
<input type="checkbox"/> Sì, qualche volta
<input type="checkbox"/> Non molto spesso
<input type="checkbox"/> Mai |
| 8) Mi sono sentita triste o avvilita | <input type="checkbox"/> Sì, la maggior parte delle volte
<input type="checkbox"/> Sì, piuttosto frequentemente
<input type="checkbox"/> Non molto spesso
<input type="checkbox"/> Mai |
| 9) Sono così infelice che ho pianto | <input type="checkbox"/> Sì, la maggior parte delle volte
<input type="checkbox"/> Sì, piuttosto frequentemente
<input type="checkbox"/> Solo occasionalmente
<input type="checkbox"/> Mai |
| 10) Il pensiero di farmi del male mi è venuto in mente | <input type="checkbox"/> Sì, piuttosto frequentemente
<input type="checkbox"/> Qualche volta
<input type="checkbox"/> Quasi mai
<input type="checkbox"/> Mai |

(Versione italiana della EPDS di Cox e Holden, 2008).

Valutazione critica della letteratura: studi inclusi.

Studio n°1: Depressione perinatale e nel post partum: tra attaccamento e personalità.

AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
Aceti F. et al.	2012	studio pilota	valutare la prevalenza della depressione e indagare i possibili fattori di rischio psicosociali	253 donne di età superiore ai 18 anni, afferenti al Dipartimento di Ginecologia ed Ostetricia del poli clinico Umberto I di Roma.	Un approccio psicologico potrebbe migliorare le strategie di prevenzione terapeutiche per fornire interventi specifici alle madri depresse.

Studio n° 2: A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression.

AUTORE	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
Forman E. M. et al.	2007	studio control lato randomiz zato (RCT)	valutare gli effetti della terapia cognitivo-comportamentale sulla gestione della depressione post partum	101 pazienti ambulatoriali	I risultati ottenuti, dimostrano una valida efficacia della terapia cognitivo-comportamentale e quindi proponibile in ambito ambulatoriale.

Studio n° 3: Rates and risk of postpartum depression.

AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
O' Hara et al	2004	metanalisi	Identificare le donne a rischio di depressione post partum, utilizzando scale validate	123 donne in fase gestazionale e post gestazionale.	Sono state utilizzate 3 scale di valutazione : EPDS, STAI, PDPI-R; la prima scala ha prodotto risultati leggermente più validi, sia nella somministrazione che nell'identificazione delle donne a rischio.

Studio n° 4: Antenatal risk factors for postnatal depression.

AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
Milgrom J. et al.	2008	studio pilota	Misurare i fattori di rischio per la depressione post partum	374 donne australiane in fase gestazionale	Con l'utilizzo della scala EPDS, sono stati identificati come principali fattori di rischio: precedente depressione, ansia e inadeguato sostegno da parte del partner.

Studio n° 5: Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression.

AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
Romito L. et al.	2012	revisione sistematica della letteratura e metanalisi	Valutare la violenza domestica come fattore di rischio della depressione post partum	Donne vittime di violenza domestica	Lo studio evidenzia un rischio triplicato di incorrere in depressione post partum nelle donne vittime di violenza domestica.